319

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ANALYTIQUE

DE

LA MONTÉE LAITEUSE

PAR

Mme FUSS-ALTER

Née à Mlawa (Pologne), le 3 Novembre 1887

Président : M. A. PINARD, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
AMÉDÉE LEGRAND
36, Rue Serpente, 36

1914

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
	WIDAL
Pathologie médicale	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE, LANDOUZY, GILBERT, CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET, QUENU, RECLUS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR, PINARD, RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ MARCEL	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBRÉDANNE	TIFFENEAU
DESMARET	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A mon maître et président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

A mon maître

MONSIEUR LE DOCTEUR V. WALLICH

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Introduction

Nous avons entrepris le présent travail sur la montée laiteuse sous l'inspiration de notre maître, M. le Professeur agrégé Wallich ; c'est lui qui nous en a indiqué le plan, l'idée directrice, les moyens d'investigation. Nous devons, d'autre part, à la bienveillance de notre maître, M. le Professeur Pinard, d'avoir pu prendre dans son service, à la Clinique Baudelocque, une série d'observations personnelles qui forment la base de notre étude. Nous gardons à nos deux maîtres la plus vive reconnaissance, et les prions d'en trouver ici le sincère témoignage.

Si nos observations sont en nombre assez restreint, c'est que nos investigations ont toutes été faites par nous-même, et ont porté à la fois sur le pouls, la température et la tension artérielle, ce qui ne nous a pas laissé le temps d'en réunir un grand nombre ; mais, prises avec le plus grand soin, elles nous ont néanmoins permis de formuler quelques conclusions précises.

***

Le plan que nous avons adopté pour notre exposé est le suivant :

Chapitre I. — Historique.

Chapitre II. — Aperçu général sur la montée laiteuse.

Chapitre III. — La température et la montée laiteuse.

Chapitre IV. — Le pouls et la montée laiteuse :

A) Accélération.

B) Tension artérielle.

Chapitre V. — Existe-t-il une fièvre de lait ?

Chapitre VI. — Le poids de l'enfant et la montée laiteuse.

Chapitre VII. — Observations, avec tableaux graphiques.

Conclusions.

***

A la veille de terminer notre vie universitaire, nous prions MM. les Professeurs Kirmisson, Legendre, Widal, Quénu, Pinard et Pozzi, chefs des cliniques où nous eûmes la bonne fortune de faire nos stages, d'agréer l'expression de notre gratitude.

CHAPITRE I

Historique

L'histoire de nos connaissances sur la montée laiteuse est en rapports étroits avec celle de la fièvre de lait. On désignait naguère sous ce nom un ensemble morbide que l'on rattachait à l'établissement de la sécrétion lactée, et auquel on attribuait la plupart des troubles qui apparaissaient à ce moment. Il est vrai qu'à l'heure actuelle la fièvre de lait — du moins telle qu'on la comprenait autrefois — a vécu, et que tous les auteurs modernes s'accordent à rejeter cette notion. Mais il ne sera peut-être pas sans intérêt de rappeler sommairement comment a varié, suivant les auteurs et les époques, l'explication de ces troubles, survenant dans les premiers jours des suites de couches.

A l'origine, toutes les manifestations morbides étaient attribuées à la rétention des lochies, la fièvre de lait ayant tout d'abord peu retenu l'attention des

esprits. Ce fut notamment le cas d'Hippocrate, et à sa suite, de Celse et de Galien. Aux XVI^e^ et XVII^e^ siècles, l'opinion générale, et particulièrement celle d'Ambroise Paré, Forestus, Massaria et Mauriceau reste conforme à la thèse des anciens.

Cependant, dès 1582, Mercurialis, tout en reconnaissant l'influence pathogène de la suppression des lochies, commence à attribuer les différents troubles qui surviennent après l'accouchement « aux altérations de la sécrétion du lait, à son exubérance, à son défaut, mais principalement à sa rétention » (1).

En 1631, Sennert reprend cette thèse.

Au XVIII^e^ siècle, avec Puzos, commence une autre ère. La théorie de la rétention des lochies est abandonnée pour faire place à celle de la métastase laiteuse et de la formation de dépôts de lait en différents endroits de l'organisme. Puzos s'exprime en ces termes : « Le lait formé par les aliments dans les femmes enceintes ou nouvellement accouchées roule confusément avec le sang dans toute l'habitude du corps. Dans les femmes enceintes, le lait est attiré plus fortement et en plus grande abondance à la matrice par l'enfant qui se nourrit ; mais sitôt que la mère est accouchée, le lait se portera aux mamelles en plus grande quantité pour y servir pareillement de nourriture à l'enfant. L'enfant dans

(1) Péraud, *Etude historique et clinique sur la fièvre de lait.* Thèse. Paris 1886-87. N° 159.

la matrice, et quelquefois l'enfant à la mamelle, ne pouvant consommer tout le lait qui est fourni par les aliments qu'une femme prend chaque jour, il n'est donc pas étonnant qu'on voie le superflu de ce lait s'échapper du corps de la femme grosse ou de celle qui est accouchée, par différentes voies, il s'écoule en abondance de leur vagin et de leurs mammelles. Leurs urines sont plus louches, leurs matières fécales sont moins brunes quand elles se portent bien, et ordinairement vertes quand elles se portent mal. Les sueurs enfin, auxquelles elles sont sujettes, sont aigres et plus abondantes. L'évacuation abondante du lait par toutes ces voies n'empêche pas que le sang soit encore laiteux, puisque celui qu'on leur tire se recouvre dans la palette d'une espèce de croûte laiteuse.

« Or cette couleur blanche du sang, qu'on ne remarque guère que dans les femmes grosses ou accouchées ne peut être que l'effet du lait qui s'y trouve abondamment mêlé. (1) »

Bordeu (2) soutenait la même thèse que Puzos en ces termes imagés :

«... Peut-être le laconisme de ses derniers livres [livres de l'Ecole d'Hippocrate], à l'égard des maladies des femmes en couches, a-t-il conduit bien des médecins à ne point faire mention du reflux du lait

(1) Cité d'après Péraud, *op. cit.*

(2) *Œuvres Médicales*, rééditées par Richeraud. *Dissertation sur les maladies des femmes.* 1817.

dans les tissus spongieux des parties, et dans le sang, non plus que des effets qu'il s'y produit.

« J'en ai connu qui niaient l'existence de ce reflux ; mais le hasard m'a fait voir plusieurs fois des amas de fromage véritable, et du lait aigri sous l'épiderme des femmes en couches. J'ai vu des dégâts extérieurs et intérieurs, qui n'étaient que du lait ramassé et figé, j'en ai vu de caillé comme du petit lait, et en telle quantité, une fois surtout, que le chirurgien qui ouvrait le corps ramassait à pleines mains le lait caillé qui semblait à peine dénaturé.

« La femme était morte en couches, les vidanges et le lait avaient été dérangés dans leur cours. Tout ce lait, et il y en avait une énorme quantité, s'était ramassé dans les entrailles, et s'était collé à la partie extérieure de la matrice, d'où il avait suinté. La face intérieure de ses viscères était saine ; en un mot, je n'ai jamais douté, depuis que je vois des malades, de l'existence du reflux et des dépôts laiteux. »

Baudelocque (1) reste aussi fidèle à la doctrine de la métastase laiteuse :

« La source des différentes espèces d'écoulement semble quelquefois se tarir du deuxième au troisième jour, mais pour vingt-quatre heures seulement environ. La matière des lochies paraît alors refluer

(1) *L'Art des accouchements.* Nouvelle édition revue, corrigée et augmentée. Paris, 1789. Section III : *Des principaux phénomènes qui se manifestent pendant le temps des couches.*

dans le sang. Il s'en fait un transport dans les mamelles, et il se détermine une crise plus ou moins forte qu'on nomme communément fièvre de lait. »

Baudelocque fait ensuite la description suivante de la montée laiteuse :

« Cette crise s'annonce par quelques élancements dans les seins, bientôt après il survient du gonflement et de la tension. Son volume augmente insensiblement, de sorte même que la peau, chez certaines femmes, semble menacée de crevasses. L'engorgement s'étend fort souvent au loin du côté des aisselles, et rend quelquefois la respiration difficile et laborieuse. Le pouls pendant ce temps acquiert de la force et de la fréquence, la tête s'appesantit, et le visage se colore, une espèce de lassitude universelle se fait sentir, et la femme éprouve des picotements par tout le corps.

« Une sueur plus ou moins abondante, et dont l'odeur aigre dénote assez le caractère laiteux, ramène toujours le calme à la suite. »

Un autre auteur du XVIII[e] siècle, Levret, partage les idées en cours à cette époque sur la métastase laiteuse ; mais il apparaît comme un précurseur en dénonçant la bénignité de ce qu'on appellait, improprement, dit-il, la « fièvre de lait » (1), et en tirant cette conséquence pratique importante, si con-

(1) Cf. Levret, *Mémoires sur les maladies des femmes.* Cité d'après Péraud ; et, du même auteur : *L'Art des accouchements*, 1776, p. 151.

nue de nos jours, qu'en cas de fièvre réelle survenant après l'accouchement, il ne faut pas se borner à en attribuer la cause possible au phénomène de la lactation, mais rechercher ailleurs ce qui a pu la provoquer.

« Qu'on se rappelle, écrit Levret, ce que nous avons dit dans les différentes tournures que prennent ordinairement les fièvres miliaires en suites de couches, et on verra que ces fièvres putrides, et même malignes, se déclarent souvent dans le temps que les seins devraient se gonfler par la présence du lait. Qu'arrive-t-il alors de la fièvre réelle ? Qu'oppose-t-on ordinairement à l'officier de santé qui va vous en avertir ? Qu'il se trompe ! On lui donne pour raison que l'on est au temps de la fièvre de lait, et en conséquence on s'oppose à ses sages conseils, et on diffère trop longtemps à les suivre. Et pourquoi ? Parce que, pour l'objet qui fait ici notre sujet, l'on a de tout temps donné un nom impropre à un état qui ne le méritait pas, et qu'on n'a pas de meilleur nom à donner à l'état contre nature que celui qu'on a mal approprié à l'état naturel. Cette fausse dénomination a donc donné des idées fausses de l'état qu'elle exprime, et ces fausses idées détournent de toute nécessité le public de reconnaître les vraies, que la bonne application du même mot déclare nettement. »

Le XIX^e^ siècle voit se produire deux changements importants : d'une part les savants cessent de croire à la réalité du phénomène de la métastase laiteuse ;

d'autre part l'existence de la fièvre de lait elle-même est mise en doute, non plus exceptionnellement comme c'était le cas de Levret, mais par un nombre de plus en plus grand de médecins. On reconnaît que l'élévation de température se produisant quelque temps après l'accouchement n'a pas toujours pour cause la montée laiteuse, mais, dans un nombre croissant de cas, qu'elle a un point de départ infectieux d'origine génitale, ou mammaire, ou intestinale, etc. Tous les auteurs, Paul Dubois, Maygrier, Capuron, Velpeau, Cazeaux, Joulin, Tarnier, Charpentier, Chantreuil, etc. (1) s'accordent sur ce point ; certains croient, il est vrai, à une fréquence assez grande de la fièvre de lait ; d'autres, au contraire, la considèrent comme très exceptionnelle ; mais aucun ne la nie absolument, comme ce fut le cas plus tard avec Depaul.

Depaul s'exprime en ces termes dans une de ses leçons à l'Hôpital des cliniques (2) :

« Je crois qu'il est démontré que pendant la poussée du lait, toutes choses se passant régulièrement, on ne trouve ni une augmentation de la température, ni une plus grande fréquence des battements du pouls. Quant au frisson initial, admis par presque tous les auteurs anciens et même par plusieurs mo-

(1) Cf. notamment Maygrier, *Nouveaux éléments de la science et de l'art des accouchements*, 2e édition. 1817. Tome II, p. 293 ; Cazeaux, *Traité d'accouchement*, p. 431-433 ; Joulin, *Traité d'accouchement*, 1866 ; Charpentier, *Traité d'accouchement*, 1863.

(2) Depaul, Leçons de clinique obstétricale, 1872-1876.

dernes, je puis dire qu'on ne le rencontre pour ainsi dire jamais tenant uniquement à la montée du lait. Aussi, quand une femme de cet hôpital m'annonce le matin à la visite qu'elle a eu, dans la nuit du deuxième ou du troisième jour après son accouchement, un frisson qu'elle rapporte à la montée du lait, je suis sûr en l'examinant avec soin, de trouver pour ce frisson une autre explication moins favorable. Presque toujours, en effet, je constate de la sensibilité du ventre, des lochies fétides, une rétention des portions membraneuses de l'œuf, ou des fragments placentaires, des escharres à la vulve, l'ulcération du mammelon, ou tout autre état pathologique. Je puis vous dire, messieurs, ce que je répète depuis plus de trente ans aux élèves qui vous ont précédés, soit dans cet amphithéâtre, soit dans mes cours particuliers de l'Ecole pratique : il n'y a pas de fièvre de lait. La montée du lait, la sécrétion lactée ne s'accompagne pas de phénomènes fébriles dans l'immense majorité des cas. »

Ce point de vue est encore celui des contemporains, desquels nous citerons les lignes suivantes de Marfan (1) :

« Les phénomènes généraux de la montée laiteuse ont donné matière à des discussions qui sont terminées aujourd'hui. On attribuait à la montée laiteuse tout un ensemble de troubles avec fièvre, que l'on désignait sous le nom de fièvre de lait.

(1) Marfan, *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge*, 2e édition. 1903.

« Il est établi maintenant qu'il n'y a pas de fièvre de lait. Lorsque la température s'élève vers le troisième jour, c'est qu'il existe une complication septique du côté des organes génitaux ou des mammelles. Les seuls troubles imputables à la montée laiteuse sont une légère agitation, de la céphalée, un certain degré d'accélération du pouls, lequel s'était ralenti après l'accouchement (Blot), la rougeur et l'animation du visage ; mais en l'absence de complications puerpérales, la montée laiteuse s'établit sans que la température s'élève au-dessus de 38° centigrades. »

Les auteurs nient donc actuellement la fièvre de lait d'origine septique ; nous nous rangeons à cet avis, mais l'on verra cependant qu'à la suite de la présente étude nous avons cru pouvoir admettre l'existence d'une fièvre de lait *aseptique*.

CHAPITRE II

Aperçu général sur la Montée laiteuse

Les glandes mammaires chez la femme sont des organes qui n'entrent en pleine activité qu'après l'accouchement. Peu volumineuses chez l'enfant, elles se développent chez la jeune fille au moment de la puberté ; mais la glande somnole encore, et ce n'est que pendant la grossesse et surtout au début des suites de couches que la propriété de sécrétion, jusqu'alors à l'état potentiel, se manifeste effectivement.

Ce moment où la sécrétion lactée s'établit est celui de la « montée laiteuse ». Il est caractérisé par un ensemble de phénomènes fluxionnaires se produisant au niveau des glandes mammaires (1).

C'est alors que la femme devient apte à nourrir

(1) Wallich, *Eléments d'obstétrique*, 1910, p. 195.

le petit être qui lui doit le jour, et qui le plus souvent n'a besoin pour se développer que du bon lait maternel.

L'époque où la montée du lait se produit diffère d'un sujet à l'autre. Elle suit de plus près l'accouchement chez les multipares que chez les primipares. Dans la majorité des cas, le phénomène se constate de 48 à 72 heures après l'accouchement chez les multipares, et de 72 à 96 heures après l'accouchement chez les primipares (1) ; mais il n'y a pas en cette matière de règle bien fixe ; ainsi l'on peut voir des multipares chez qui la sécrétion s'établit dès le premier jour, et des primipares chez qui elle se fait attendre jusqu'au 5e, 6e, 7e ou même jusqu'au 8e ou 9e jour. Ces cas extrêmes sont, il est vrai, assez rares ; mais on comprend quel intérêt ils présentent pour l'alimentation de l'enfant à laquelle il est nécessaire de pourvoir en attendant.

Qu'elle soit plus ou moins rapide, ou plus ou moins lente, la montée laiteuse ne fait presque jamais défaut. Les cas d'agalactie complète sont extrêmement rares, et ne se voient que chez les femmes ayant les glandes mammaires nettement atrophiées. Sur cinq cents cas observés, Mme Dluski (2) n'en signale que deux de cette espèce.

Chez les femmes n'ayant pas encore allaité, la montée du lait est souvent insensible, et peu abon-

(1) Mme Dluski, *Contribution à l'étude de l'allaitement maternel.* Thèse, Paris, 1894.
(2) *Op. cit.*

dante. Il ne faudrait pas, dans un tel cas, se hâter de conclure que la sécrétion sera insuffisante. On me permettra de citer comme exemple mon propre cas. Etant primipare, j'eus le troisième jour après mon accouchement une montée laiteuse très faible, sans signes généraux et avec peu de signes locaux. Je ressentis vivement la crainte de ne pouvoir nourrir mon enfant sans recourir, dès le début, à l'allaitement mixte. Mais le temps vint heureusement me démontrer que mes appréhensions étaient vaines. Et je ne pus m'empêcher d'admirer le merveilleux ajustement qui se produit chez la mère-nourrice entre les besoins de l'enfant et la production croissante du liquide nourricier. Cet ajustement se manifesta chez moi, non seulement au moment de la montée du lait, mais pendant toute la période d'allaitement. Les premiers jours, les glandes mammaires donnaient au plus vingt à trente grammes par tétées ; l'enfant, il est vrai, n'en demandait pas davantage ; mais mes craintes du début subsistaient à l'idée que bientôt ce ne serait plus suffisant. Cependant la production du lait ne cessa de s'accroître en proportion de l'appétit du nourrisson, jusqu'à donner 150 grammes par tétées dès le sixième mois. Mais ne nous écartons pas de notre sujet.

Chez les multipares on constate, en général, une montée laiteuse plus intense et plus abondante que chez les primipares. Sans doute est-ce par suite des allaitements répétés que les glandes mammaires

ont acquis un plus grand développement, conformément à la règle que la fonction développe l'organe. C'est aussi chez les multipares que se rencontrent le plus souvent les cas, d'ailleurs peu fréquents, où les phénomènes généraux et locaux concomitants de la montée laiteuse prennent un caractère particulièrement violent.

Comment se présente le tableau de la montée laiteuse ? Quels sont les phénomènes subjectifs et objectifs qui s'y rencontrent, quelles sont les sensations qu'éprouve la parturiente, quelles sont les constatations que peut faire le médecin ?

Après le travail de l'accouchement, extrêmement douloureux et fatigant, et dont ne peuvent se rendre un compte exact que ceux qui y ont passé, la nouvelle accouchée jouit profondément du repos qui suit la « délivrance ». Mais après une couple de jours, une sensation nouvelle est éprouvée, au niveau des seins. Les mamelles, qui au cours de la grossesse ont déjà augmenté de volume, et qui avant l'accouchement ont déjà secrété un liquide jaunâtre appelé colostrum, se gonflent, se distendent, se remplissent ; le lait monte, suivant l'expression consacrée. Des picotements et de la sensibilité apparaissent, des veines bleuâtres plus ou moins développées se dessinent sur la peau, et des vergetures s'y produisent. Au toucher, la glande est douloureuse, dure, bosselée. Le mammelon est aplati. La température locale est élevée. Parfois il

y a une certaine gêne dans le mouvement du bras, et les ganglions de l'aisselle s'indurent. On peut constater aussi un léger œdème dû à un afflux sanguin considérable au niveau de la glande. En même temps, la femme peut éprouver de la céphalée, une sensation de chaleur suivie de sueurs, ainsi qu'une soif intense.

Parmi les divers phénomènes de la montée laiteuse, nous nous arrêterons un peu plus longtemps sur ceux qui affectent la température, le pouls et la tension artérielle.

CHAPITRE III

La température et la Montée laiteuse

Ainsi que nous l'avons fait remarquer dans notre historique, la température a joué autrefois un rôle considérable parmi les divers phénomènes de la montée laiteuse ; mais c'est avec raison que l'on a aujourd'hui ramené ce rôle à sa juste valeur : notre maître, Pinard, enseigne que la température axillaire chez les nouvelles accouchées ne doit pas dépasser la normale de 37°, et que si elle s'élève sensiblement au-dessus de ce chiffre, il faut avoir l'attention en éveil, et penser à un accident dont on doit rechercher la nature.

Un certain nombre d'auteurs admettent d'ailleurs qu'en dehors de toute infection utérine, on peut constater, au moment de la montée laiteuse, une élévation de température ; Macé et Chirié (1) décla-

(1) *in* Bar, Chambrelent, Brindeau, *Pratique des accouchements*, 3e édition, 1914, p. 545.

rent même que cette élévation peut être assez accentuée si la montée est intense et la femme nerveuse.

Les observations personnelles qui forment la base de la présente étude nous ont permis de faire les quelques constatations suivantes :

1°) Élévation relative de la température. — Sur 11 femmes observées, 9 ont manifesté une élévation relative de la température au moment de l'établissement de la sécrétion lactée. Si nous comparons la température notée le soir de la montée laiteuse à la température du soir précédent, nous constatons dans 3 cas, une élévation de 2 dixièmes, dans 2 cas une élévation de 3 dixièmes, et dans 4 cas des élévations respectives de 4, 5, 8 et 11 dixièmes.

Il est intéressant de relever que dans les deux derniers de ces cas, où l'élévation relative de la température fut le plus marquée, la montée laiteuse avait été intense (observations III et IV).

Au contraire, dans les deux cas (observations X et XI) où nous n'avons pas constaté d'élévation relative de la température, il s'agissait de femmes ayant eu une montée laiteuse peu abondante.

2°) Élévation absolue de la température. — En chiffres absolus, la température rectale avait dépassé la normale de 37,5 dans 6 cas sur 11. Dans la plupart de ces cas, la montée avait été forte ; notamment chez Mme H. (observation III) avec une température de 38,4 ; chez Mme Bal. (observ. IV), avec

une température de 38,2 ; chez Mme C. (observ. V), avec 38 ; et chez Mme R. (observ. VIII), avec 37,9. Dans un seul cas (observ. II), où la température rectale avait dépassé la normale en atteignant 37,8, nous n'avions constaté qu'une montée faible.

Dans les 5 cas où la température n'avait pas dépassé la normale (observ. VI, VII, IX, X, XI), il s'agissait de montées laiteuses d'intensité faible ou moyenne.

***

Pouvons-nous conclure de nos observations que l'élévation de température constatée était bien due à l'établissement de la sécrétion lactée, et non à un autre phénomène, concomitant mais indépendant de celui-là ?

Conformément à l'enseignement du professeur Pinard, nous n'avons pas manqué, dans tous les cas où la température avait atteint un chiffre élevé (38, 38,2, 38,4) d' « avoir l'attention en éveil » ; mais cependant les faits nous ont montré (observ. III, IV et V) qu'aucun phénomène morbide n'avait provoqué l'augmentation de la température, et que celle-ci était redevenue normale les jours qui suivirent la montée laiteuse.

Il semble donc bien que c'est à ce phénomène que nous pouvons rattacher les variations de la température relevées chez les diverses accouchées.

Et l'on nous permettra de formuler les conclusions suivantes : à savoir *que dans les suites de couches aseptiques, la température augmente en général de quelques dixièmes de degré au moment de la montée laiteuse, et que, plus la montée est intense, plus l'augmentation peut être forte, jusqu'à élever la température rectale au-dessus de* 38°, *en dehors de tout phénomène morbide.*

CHAPITRE IV

Le Pouls et la Montée laiteuse

A. — ACCÉLÉRATION

A l'époque où l'on croyait à la fièvre de lait, on ne manquait pas de rapporter à cette affection toute accélération du pouls qui se produisait dans les premiers jours des suites de couches, de même qu'on y rapportait toute élévation de la température. Louge (1) rappelle, à cet égard, l'opinion concordante des grands maîtres de la fin du XVIII[e] et du commencement du XIX[e] siècle : Levret, Baudelocque, Petit, Velpeau, Jacquemier, etc.

Dans l'état actuel de la science, il est acquis qu'en général le pouls subit après la délivrance un certain ralentissement. Celui-ci se prolonge pendant la période des suites de couches.

(1) Louge, *Le pouls puerpéral physiologique.* Thèse Paris, 1886, n° 133.

« Il est le plus souvent, dit Wallich, au-dessous de 80 pulsations à la minute ou aux environs de 60. S'il présente de l'accélération, on a le devoir de rechercher si cette accélération n'est pas sous la dépendance d'une hémorragie ou de l'infection (1) ».

Mais quelles sont les variations du pouls pendant la montée laiteuse ? Ici, les avis des auteurs sont partagés : les uns prétendent que le ralentissement persiste ; les autres estiment qu'il se produit une accélération nette.

Blot écrivait en 1864 (2) : « On le voit [le ralentissement du pouls] souvent persister même à un degré très prononcé pendant la période des couches qu'on décrit généralement sous la dénomination souvent impropre de fièvre de lait ».

Plus près de nous, Blain (3) se prononce dans le même sens : « La montée du lait ne modifie généralement pas la courbe du pouls ni la forme de la pulsation ».

Varnier (4) admet que dans certains cas le pouls est accéléré : « La courbe du pouls n'est pas généralement influencée par la montée laiteuse. C'est ce qui se présente le plus souvent. Cependant il est des cas où avec une forte montée laiteuse on constate

(1) *Pratique médico-chirurgicale.* Article *Suite de couches*, p. 725. Tome II, 2e édition.

(2) *Archives générales de médecine.* Tome I, p. 561.

(3) Blain, *L'état du pouls dans la puerpéralité.* Thèse Paris, 1908, n° 163.

(4) *Obstétrique journalière*, p. 319.

une légère élévation de la température et un peu d'accélération du pouls ».

Louge (1) prend plus nettement position en faveur de la thèse de l'accélération. Ayant constaté sur 50 femmes observées que 31 présentaient, au moment de la montée du lait, un pouls supérieur ou égal à 80, il conclut que « l'établissement de la sécrétion laiteuse manifeste presque toujours son influence par une accélération du pouls quelquefois légère et éphémère, mais cependant appréciable. »

Qu'ont donné sur ce point nos observations personnelles ?

Les 11 femmes observées avaient toutes, au moment de la montée laiteuse, un pouls plus ou moins accéléré : 1 ayant 96 pulsations à la minute (observ. VIII) 4 en ayant 88 (observ. I, III, V, VI), 4 en ayant 84 (observ. II, VII, IX, XI) et 2 en ayant 80 (observ. IV et X).

Si nous comparons le nombre des pulsations du jour de la montée à celui du jour précédent, nous constatons une augmentation relative le jour de la montée. Si maintenant nous recherchons ce qu'est devenu le pouls 24 heures plus tard, nous constatons une diminution relative du nombre des pulsations dans 4 cas (observ. I, V, IX, X) et un état stationnaire dans 5 cas (observ. II, IV, VI, VII, VIII) ; et si nous avançons encore de 24 heures, nous constatons que dans ces 5 cas stationnaires une diminu-

(1) *Op. cit.*

tion se produit ; en définitive, 48 heures après la montée, c'est dans 10 cas sur 11 que nous enregistrons une diminution relative du nombre des pulsations.

Dans ces conditions, nous croyons pouvoir attribuer à la montée du lait, et non à un autre phénomène fortuit, l'élévation du nombre des pulsations qui se produit généralement au moment de l'établissement de la sécrétion laiteuse.

Et nous conclurons de la manière suivante : à savoir *que, dans les suites de couches aseptiques, le nombre de pulsations, au point de vue relatif, augmente légèrement au moment de la montée du lait, et diminue ensuite ; et que, d'une façon absolue, le pouls est à ce moment modérément accéléré.*

*
* *

B. — Tension artérielle

On s'est peu préoccupé jusqu'ici de l'influence exercée par la montée du lait sur la tension artérielle.

Un grand nombre d'auteurs ont bien noté que la tension s'élève notablement pendant le travail. Les uns estiment qu'elle redevient normale *aussitôt* le travail terminé, les autres prétendent, au contraire, que le retour à la normale ne se fait que *progressivement* au bout de quelques jours.

Bornons-nous à signaler ce différend pour nous

limiter strictement aux rapports existant entre la montée laiteuse et la tension artérielle.

Dans une thèse récente, Etchevers (1) a traité également cette question précise, et s'exprime en ces termes :

« *Tension artérielle avant la montée.* — Dès que nous sommes à la veille de la montée, nous notons une légère ascension ; souvent même ce sera le signe précurseur de la montée. Puis, plus ou moins brusquement, cette courbe monte pour atteindre son point maximum au moment de la montée du lait.

« *Tension artérielle pendant la montée.* — Nous notons donc un point maximum. Nous ne dirons pas que notre accouchée est à ce moment hypertendue, car, en réalité, nous n'avons pas connu sa tension ni pendant la grossesse ni pendant le travail ; mais nous affirmerons que la courbe de tension présente à ce moment précis de la montée du lait une ascension des plus nettes. La malade (2) sera hypertendue par rapport à sa tension des jours précédents. Puis, cette courbe de tension, ayant atteint son plus haut point, peut s'y maintenir sous la forme d'un plateau. Nous l'avons observé quoique rarement. Mais ce plateau ne persiste pas longtemps,

(1) *De la tension artérielle pendant la montée du lait.* Thèse de Toulouse, 1912-13, n° 37.

(2) L'habitude assez répandue de qualifier du nom de « malade » toute nouvelle accouchée constitue une erreur de langage, l'accouchement et les suites de couches étant normalement des phénomènes purement physiologiques.

quatre à huit heures environ (1). La courbe alors redescend, la montée du lait étant effectuée.

« *Tension artérielle après la montée.* — Le jour suivant, la courbe redescend, et cette décroissance nous a généralement semblé plus rapide, plus brusque que l'ascension. Elle remonte ensuite soit progressivement, soit encore par bonds pour atteindre, vers le cinquième ou le sixième jour, un chiffre voisin de la normale admise. »

Etchevers base ces constatations sur 25 observations dans lesquelles la tension a été mesurée au moyen de l'appareil de Vaquez.

Nos observations personnelles en ce qui concerne la tension artérielle ont porté sur 10 cas, et nous nous sommes servie de l'oscillomètre de Pachon qui nous a permis de mesurer la tension maxima et la tension minima. Nous avons pris ces mesures une fois par jour, et nous avons fait les constatations suivantes :

Dans six cas (observ. I, II, V, VI, VII et X), nous avons relevé, le jour de la montée, une élévation de la tension maxima par rapport au jour précédent ; et dès le lendemain de la montée, une diminution se produisait.

Dans deux autres cas (observ. IV et IX), nous avons également noté une élévation par rapport au jour précédent ; mais la tension s'est maintenue à

(1) Dans deux de nos observations personnelles nous avons constaté, au contraire, que ce plateau se maintenait pendant deux jours après la montée du lait.

son niveau relativement élevé pendant deux jours encore et ne s'est rabaissée que le 3e jour, après l'établissement de la sécrétion lactée.

Dans un autre cas enfin (observ. III), l'augmentation de la tension s'était produite un jour avant la montée du lait, et le lendemain de ce dernier phénomène une diminution se produisait.

De sorte que, dans neuf cas sur dix, la courbe de la tension maxima, notée de jour en jour, présentait, au moment de la montée laiteuse, soit un point culminant, soit un plateau culminant commençant un jour avant ou se prolongeant deux jours après l'établissement de la sécrétion.

Les variations de la tension artérielle minima sont semblables à celles de la tension maxima.

Dans six cas (observ. I, IV, V, VI, VII et X), la tension minima, notée le jour de la montée, était plus élevée que le jour précédent ; et, le lendemain, elle s'abaissait.

Dans trois autres cas (observ. II, VIII et IX), la courbe de la tension minima a également une allure ascendante entre la veille et le jour de la montée, mais au lieu de s'abaisser immédiatement après, elle offre d'abord un plateau culminant.

Dans le dernier cas enfin (observ. III), la tension minima avait commencé à s'élever un jour avant la montée, et avait continué un jour après, pour ne redescendre que deux jours plus tard.

Pour conclure, nous pouvons synthétiser nos ob-

servations relatives aux variations de la tension artérielle maxima ou minima de la manière suivante :

Dans les suites de couches aseptiques, il se produit généralement, le jour de la montée du lait, une élévation relative de la tension artérielle maxima ou minima ; dans la majorité des cas, cette élévation relative prend fin dès le lendemain de la montée, mais il peut arriver qu'elle se prolonge pendant un jour ou deux. Parfois enfin, il arrive que l'élévation relative de la tension se manifeste dès la veille de la montée laiteuse.

CHAPITRE V

Existe-t-il une Fièvre de lait ?

On désignait autrefois sous le nom de fièvre de lait les manifestations fébriles notées au moment de la montée laiteuse. Les auteurs contemporains nient la fièvre de lait, et attribuent à des phénomènes septiques les élévations de température post-puerpérales.

Certains reconnaissent cependant que la température peut parfois, surtout dans les cas de montée laiteuse intense, s'élever sensiblement sans que l'agent infectieux intervienne. On a vu que nos observations personnelles ont abouti aux mêmes constatations, et que, chez plusieurs de nos sujets, la température rectale le jour de la montée laiteuse dépassait 38° sans que nous ayons relevé aucun phénomène morbide.

Dans ces conditions, ne devrait-on pas admettre qu'il se produit quelquefois une véritable fièvre de lait, dont néanmoins l'origine, répétons-le, ne serait

pas infectieuse ? Cette fièvre ne constituerait qu'un cas particulier de *fièvre aseptique*, comparable à celle que l'on trouve souvent dans les nécroses aseptiques, et surtout dans les épanchements sanguins.

« Le sang épanché dans les tissus, dit Félix Lejars (1), et en particulier dans les séreuses, est susceptible de provoquer, en dehors de tout phénomène de septicité, une réaction irritative, qui se traduit par l'élévation thermique ». Plus loin, il ajoute : « Ce qui caractérise, en général, ces ascensions thermiques, c'est leur courte durée et l'absence des accidents généraux qui sont les satellites ordinaires de la fièvre. »

Chantemesse et Podwyssotsky (2), de leur côté, s'expriment en ces termes : « Les fièvres amicrobiennes sont relativement rares ; elles présentent peu de danger, ne durent jamais très longtemps, et n'atteignent pas un haut degré d'intensité. »

Ces caractères des fièvres aseptiques sont aussi le propre des élévations thermiques qui accompagnent la montée du lait : les élévations que nous avons constatées ont été, en effet, peu marquées, passagères et inoffensives. Cette similitude nous fournit un premier argument en faveur de notre conception de la « fièvre de lait » d'origine aseptique. Empressons-nous d'ajouter, bien entendu, que pour peu

(1) Cf. *Nouveau traité de pathologie générale* par Bouchard et Roger. 1912. Tome I, page 684.

(2) Chantemesse et Podwyssotsky, *Les processus généraux*, 1905. Tome II, page 489.

que le mouvement fébrile soit durable, il ne faut plus s'arrêter à cette conception de la fièvre de lait anodine, mais rechercher s'il n'y a pas quelque complication infectieuse.

Voyons maintenant quelle est la théorie de la fièvre aseptique, et demandons-nous si cette théorie est applicable à la montée du lait.

« La fièvre aseptique, dit Lejars (1), passe en général pour une *fièvre de résorption*, les substances résorbées procédant des éléments anatomiques mortifiés. A la fièvre septique due aux toxines microbiennes, il faudrait opposer la fièvre aseptique, due aux toxines organiques (ptomaïnes, leucomaïnes). Autrement dit, en dehors de toute infection intrinsèque, et par le fait seul du travail de réparation, les tissus contus seraient susceptibles de créer des substances pyrétogènes et de provoquer cette fièvre larvée, bénigne, dont les exemples sont nombreux ». Que sont au juste ces substances pyrétogènes ? Albumoses, peptones, fibrin-ferments, sécrétions ou produits de destruction des globules blancs ? Les avis sont partagés, et nous ne nous engagerons pas ici dans la controverse. Répétons seulement, avec Chantemesse et Podwyssotsky que « l'origine cellulaire des fièvres aseptiques permet d'envisager, sous un jour nouveau, nombre d'observations cliniques restées pendant longtemps inexpliquées ». La fièvre de lait ne serait-elle pas, dans

(1) *Op. cit.*

ce cas, et ne pourrions-nous pas dire, comme dans les épanchements sanguins, que la fièvre de lait est une *fièvre de résorption* ?

On sait, en effet, qu'au moment de la montée, le lait afflue en général très abondamment ; comme, d'autre part l'enfant tète peu, tout le lait n'est pas utilisé ; l'on peut donc supposer qu'une grande partie de ses éléments sont résorbés et produisent la fièvre de lait aseptique, avec ses caractères particuliers.

Nous pouvons aussi invoquer en faveur de cette thèse la réaction leucocytaire du lait qui se produit à ce moment. Cette réaction a été mise en évidence par Wallich et Lewaditi (1) qui, ayant observé de nombreuses préparations de lait de femme, ont constaté que chaque fois qu'il y avait rétention du lait, soit par arrêt définitif de la lactation, soit au moment de la fluxion mammaire, il se produisait une accumulation de leucocytes mononucléaires et surtout polynucléaires. Et l'on peut penser, disent ces auteurs, que ces leucocytes jouent ici le rôle d'agents de résorption.

En conclusion, nous pourrions dire que *dans les suites de couches aseptiques, la fièvre peu intense qui se produit au moment de la montée du lait, constituerait un cas particulier de fièvre aseptique, dite de résorption.*

---

(1) *Annales de l'Institut Pasteur.* Mai 1905. Sur la nature des éléments cellulaires du colostrum et du lait chez la femme.

CHAPITRE VI

Le poids de l'Enfant et la Montée laiteuse

On sait que tous les enfants perdent du poids les premiers jours après leur naissance. Existe-t-il un rapport entre le moment où ils commencent à augmenter et celui où le lait monte ? Telle est la question que nous nous sommes posée.

A priori, la réponse paraît évidente. Il va de soi que c'est au moment où la mère se trouve en état d'alimenter effectivement son nourrisson que celui-ci peut commencer à se développer. Cependant il n'était pas sans intérêt de vérifier le fait d'une manière précise.

Dans une thèse soutenue en 1894, Mme Dluski (1) expose que sur 369 enfants, chacun avait, en moyenne, perdu après sa naissance 212 grammes :

(1) *Op. cit.*

elle avait aussi constaté : 1° que la perte pouvait être considérée comme proportionnelle au poids de l'enfant ; 2° que cette perte était, en général, plus faible lorsque la mère-nourrice avait déjà allaité précédemment ; 3° que dans ce cas, l'augmentation se produisait plus tôt.

Dans les dix observations personnelles, où nous avons noté le poids de l'enfant, nous avons constaté que dans 7 cas l'augmentation avait commencé à se produire le 4e jour. Or, dans 6 de ces cas (observ. I, IV, V, VI, VIII et IX) la montée du lait avait eu lieu la veille, et dans le 7e (observ. X), elle avait eu lieu l'avant-veille.

Dans deux autres de nos observations (II et XI), l'augmentation ne s'est produite que le 7e ou que le 6e jour, alors que le lait avait monté respectivement le 4e et le 3e jour. Mais nous noterons que dans ces deux cas — de même que dans l'observation X, où l'augmentation ne s'était faite que le surlendemain de la montée — le lait n'avait afflué qu'en petite quantité.

Dans l'observation VII enfin, l'augmentation s'était produite dès le 3e jour et la montée du lait n'avait eu lieu que le 4e. Mme Dluski avait relevé, parmi ses observations, divers cas analogues à ce dernier, et les explique par l'abondance de la sécrétion colostrale. Il ne nous a pas été donné, quant à nous, de mesurer l'intensité de ce dernier phénomène chez les femmes que nous avons observées.

Nos constatations nous semblent par ailleurs suffisamment nettes pour conclure que : *l'augmentation du poids de l'enfant se fait en général le lendemain de la montée du lait ; cependant, lorsque celle-ci est peu intense, l'augmentation peut se faire attendre un peu plus longtemps.*

CHAPITRE VII

Observations Personnelles

OBSERVATION I

Mme A..., 41 ans, multipare (7e accouchement).
Dernières règles : du 30 mai au 2 juin 1912.
Début du travail le 15 mars 1913, à 16 heures.
L'enfant se présente en O. I. D. P.
Dilatation complète à 22 heures 40.
Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète.
Expulsion du fœtus à 23 heures 15.
Délivrance : 30 minutes après l'expulsion.
Durée totale du travail : 7 heures 15.
Poids de l'enfant : 3 kg. 050.
Poids du placenta : 0 kg. 500.
Température après la délivrance : 36,6.
Pouls après la délivrance : 70.
Accouchement normal.

MONTÉE LAITEUSE (1)

Mme A. a eu le 3e jour après son accouchement une forte montée laiteuse, avec céphalée et seins violemment distendus. L'intensité de la montée n'était pas pour surprendre, puisque Mme A. avait déjà nourri cinq des six enfants qu'elle avait eus précédemment.

Cependant les variations des divers éléments observés furent plutôt faibles, ainsi qu'en témoigne le graphique ci-contre.

La température atteignit le jour de la montée 37°6, soit 2 dixièmes de plus que la veille, et 4 dixièmes de plus que le lendemain. Ce chiffre de 37,6 constitue d'ailleurs un maximum absolu pour les sept jours de l'observation.

Le pouls présenta également un maximum absolu le jour de la montée laiteuse, avec 88 pulsations, contre 76 la veille et 80 le lendemain.

La tension artérielle maxima, qui était quelques heures après l'accouchement au chiffre assez élevé de 16 cm. de Hg et était tombée à 14 le lendemain, remonte à 16 le jour de la montée du lait pour redescendre progressivement les jours suivants.

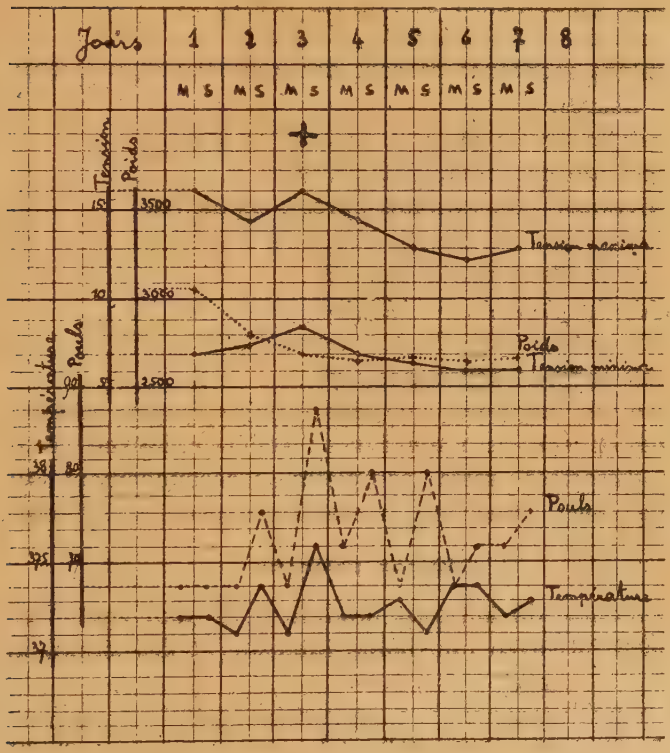
Quant à la courbe de la tension minima, elle présente un maximum absolu le jour de la montée, étant passée de 7 cm. de Hg quelques heures après l'accouchement à 8,5 le jour de la montée pour redescendre ensuite.

Le poids de l'enfant qui était à la naissance de 3 kg 050, a diminué pendant 3 jours de 380 grammes ; le 4e jour, lendemain de la montée laiteuse, il augmen-

(1) Nous avons particulièrement observé dans chacun des cas exposés ci-après les variations de la température, du pouls, de la tension artérielle minima et de la tension artérielle maxima chez l'accouchée, ainsi que les variations du poids de l'enfant. Notons que, dans tous les cas observés, les suites de couches ont été normales.

tait de 10 grammes, pour redescendre de 20 grammes le 5e jour et remonter de 20 grammes le 6e jour (1).

Observation I



(1) Dans chacun des graphiques ci-après le jour de la montée laiteuse est indiqué par une croix.

OBSERVATION II

Mme Gi., 25 ans, primipare.

Dernières règles : du 10 au 15 juin 1912.

Début du travail le 3 mars 1913, à 20 heures.

L'enfant se présente en O. L. G. A.

Rupture spontanée précoce des membranes le 4 mars, à 17 heures.

Dilatation complète le 4 mars à 18 h. 15.

Expulsion du fœtus à 18. h. 45.

Délivrance : 30 minutes après l'expulsion.

Durée totale du travail : 23 heures.

Poids de l'enfant : 2 kil. 980.

Poids du placenta : 0 kil. 400.

Température après la délivrance : 36,9.

Pouls après la délivrance : 76.

Mme Gi. présentait une légère malformation utérine, reproduite sur les membranes ; celles-ci étaient déchirées, dissociées, mais complètes. L'accouchement fut normal, bien qu'un peu prématuré au cours du 9e mois.

MONTÉE LAITEUSE

La montée du lait s'est produite le 4e jour après l'accouchement, avec une faible intensité et des signes locaux peu accusés.

Si nous comparons la température du jour de la montée (37,8), à ce qu'elle était 24 heures auparavant (37,3), nous constatons une élévation de 5 dixièmes. Mais le lendemain nous n'avons pas enregistré la diminution généralement notée dans nos autres observations ; la température continua à s'élever jusqu'à 37,9 le matin et 38 le soir. Ce n'est que le surlendemain matin qu'elle revint à la normale de 37,5.

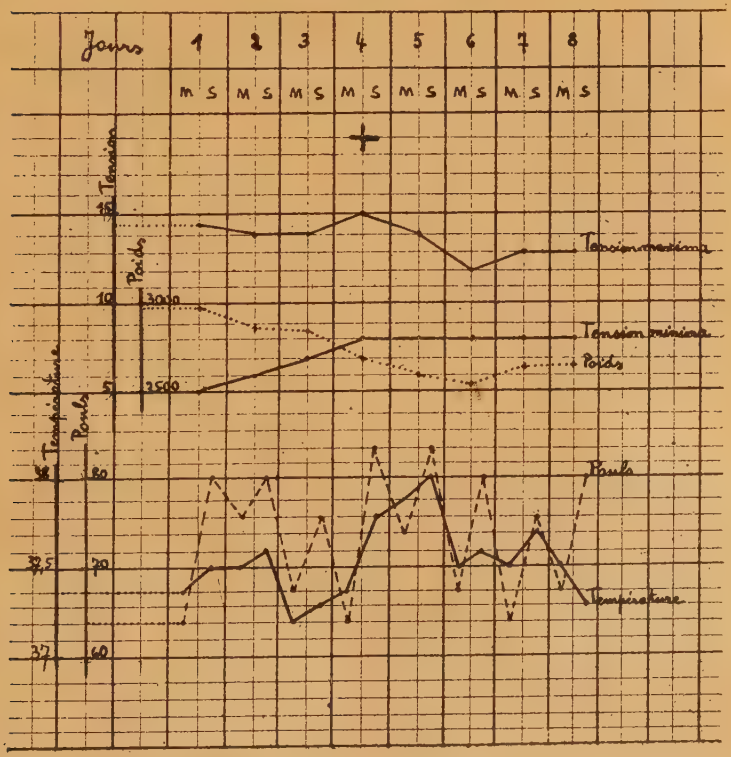
La courbe du pouls nous indique pour le jour de la montée une accélération assez sensible (84). Ce nombre

de pulsations se retrouve 24 heures plus tard, mais constitue un maximum pour les huit jours de l'observation.

La courbe de la tension artérielle maxima présente son point le plus élevé le jour de la montée ; quant à celle de la tension minima, elle s'élève également jusqu'à ce jour pour rester ensuite à un niveau stationnaire.

L'enfant qui pesait à la naissance 2 kil. 980 a diminué de 430 gr. jusqu'au 6e jour, et n'a augmenté que le 7e jour, soit trois jours après la montée du lait. La faible intensité de celle-ci était probablement la cause de l'augmentation tardive.

Observation II



OBSERVATION III

Mme H..., 20 ans, primipare.

Dernières règles : du 24 au 27 mai 1912.

Début du travail le 22 février 1913, à 17 heures.

L'enfant se présente par le siège décomplété, mode des pieds.

Au cours du travail, souffrance fœtale.

Dilatation complète le 23 février à 23 heures.

Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète.

Le 24 février, à minuit, expulsion spontanée des membres inférieurs et du tronc, et extraction des bras et de la tête. L'enfant est mort.

Délivrance : 30 minutes après l'expulsion.

Durée totale du travail : 31 heures.

Poids de l'enfant : 3 kil. 750.

Poids du placenta : 0 kil. 620.

Température après la délivrance : 37,2.

Pouls après la délivrance : 88.

Mme H... avait une malformation utérine constatée avant l'accouchement, et reproduite après sur les membranes.

MONTÉE LAITEUSE

La montée laiteuse a eu lieu le 4e jour avec une forte intensité.

La température s'éleva le jour de la montée à 38,4 contre 37,6 le jour précédent ; les jours suivants elle redescendait successivement à 37,9 et à 37,3.

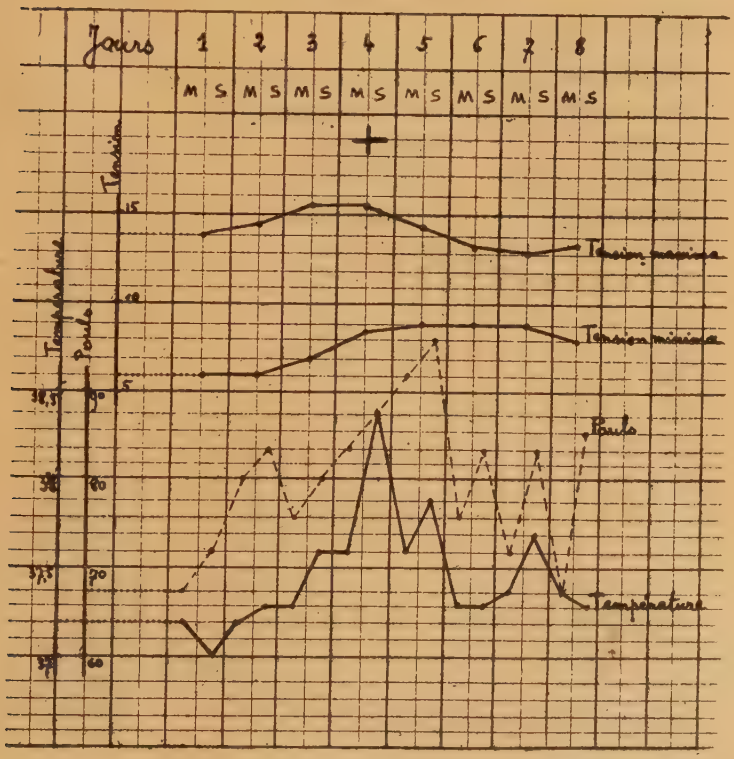
Le pouls passa de 80 la veille de la montée, à 88 le jour de la montée ; le lendemain, il avait continué à s'élever et était de 96 ; les jours suivants, il resta accéléré, accusant 84 et 86 pulsations à la minute. Cette accélération permanente pendant les 8 jours de l'observation

peut être attribuée à une forte période sanglante au moment de la délivrance.

La tension maxima resta, le jour de la montée, ce qu'elle était la veille (15,5) et descendit ensuite à 14,5, à 13,5 et à 13.

La tension minima passa de 7 à 8,5 le jour de la montée laiteuse, pour s'élever plus encore les jours suivants (9 cm. de Hg).

Observation III



OBSERVATION IV

Mme Bal., 37 ans, multipare (4e accouchement).
Dernières règles : du 8 au 15 juin 1912.
Début du travail : le 23 février 1913, à 14 heures.
L'enfant se présente en O. I. G. A.
Dilatation complète le 24 février, à 3 heures.
Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète.
Expulsion du fœtus à 3 h. 55.
Délivrance : 30 minutes après l'expulsion.
Durée totale du travail : 13 heures 55.
Poids de l'enfant : 3 kil. 150.
Poids du placenta : 0 kil. 580.
Température après la délivrance : 37,3.
Pouls après la délivrance : 72.
Accouchement normal.

MONTÉE LAITEUSE

Mme Bal. avait nourri deux de ses trois enfants précédents. Sa montée laiteuse qui se produisit le 3e jour, fut exceptionnellement forte. Les phénomènes locaux furent très accusés, ainsi d'ailleurs que les phénomènes généraux.

La température passa rapidement de 37,1 à 38,2 ; le lendemain de la montée elle était encore à ce degré pour redescendre les soirs suivants successivement à 37,8, à 37,3 et à 37,2.

Le pouls s'éleva de 76 à 80 le jour de la montée ; il était encore à 80 le lendemain et redescendait les jours suivants à 78 et à 72.

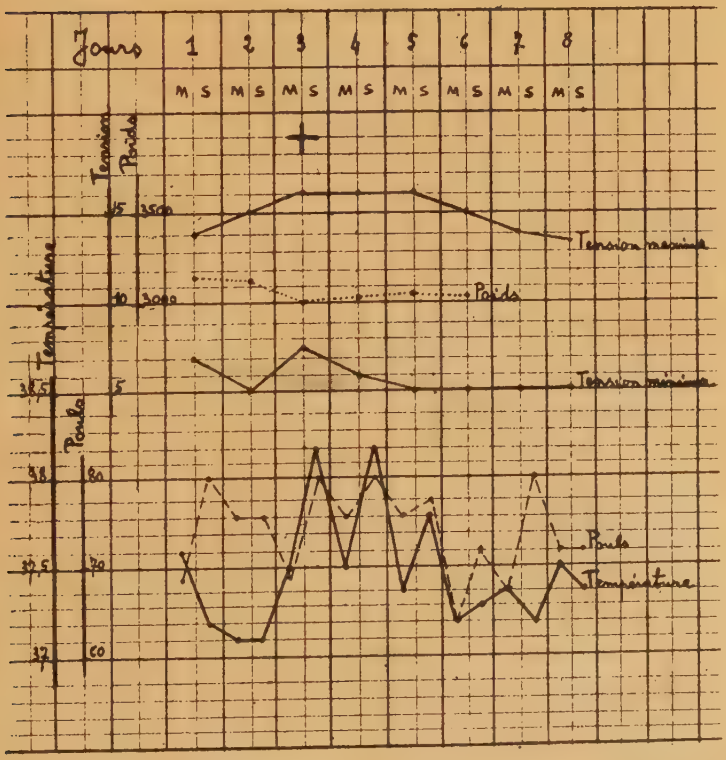
La tension artérielle maxima s'éleva de 15 à 16 le jour

de la montée ; elle resta stationnaire pendant les deux jours suivants pour redescendre ensuite à 15, 14 et 13,5.

La tension minima devint notablement plus forte le jour de la montée, passant de 5 à 7 1/2 pour redescendre ensuite à 6 et à 5.

L'enfant qui pesait en naissant 3 kil. 150, avait perdu 50 grammes jusqu'au 3e jour ; dès le 4e jour, lendemain de la montée du lait, il commençait à regagner.

Observation IV



OBSERVATION V

Mme C..., 22 ans, multipare (3e accouchement).
Dernières règles : du 31 mai au 2 juin 1912.
Début du travail le 6 mars 1913, à 1 heure.
L'enfant se présente en O. I. D. P.
Rupture des membranes spontanée précoce le 6 mars, à 4 heures.
Dilatation complète à 11 h. 35.
Expulsion du fœtus à 12 h. 10.
Délivrance : 30 minutes après l'expulsion.
Durée totale du travail : 11 h. 10.
Poids de l'enfant : 3 k. 200.
Poids du placenta : 0 kil. 420.
Température après la délivrance : 37,2
Pouls après la délivrance : 84.
Accouchement normal.

MONTÉE LAITEUSE

Mme C..., avait nourri ses deux enfants précédents. Elle eut une montée abondante le 3e jour. Les seins étaient très durs, très douloureux, sillonnés de nombreuses veines, les mamelons fortement aplatis. Elle éprouvait une soif ardente et un malaise général ; le lendemain tout se calma.

Le jour de la montée, la température s'éleva à 38° contre 37,7 et 37,5 les jours précédents, et contre 37,9 et 37,8 les deux jours suivants.

Le pouls suit une courbe analogue, marquant 88 au moment de la montée contre 84 avant et après.

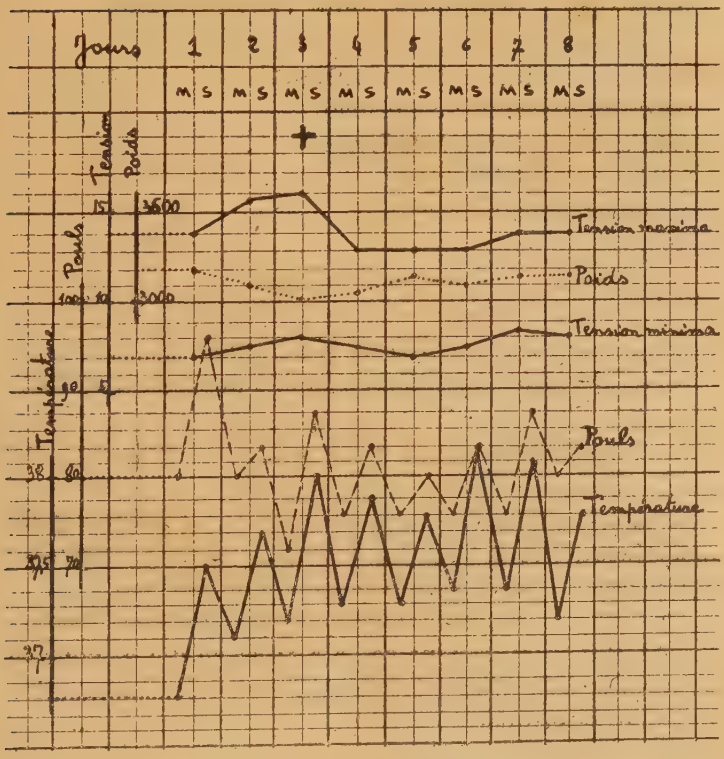
La tension maxima s'éleva de 15 1/2 à 16 pour redescendre à 13.

La tension minima passa de 7 1/2 à 8 pour redescendre ensuite à 7 1/2 et à 7.

Signalons que nous avons noté les 6e et 7e jours une élévation sensible de la température (38,2 et 38,1) et du pouls (84 et 88). Cette élévation n'était due probablement qu'à une légère infection du côté des seins, car le 8e jour, après un traitement approprié, tout était rentré dans l'ordre.

L'enfant pesant 3 kil. 200 à la naissance avait perdu 200 gr. jusqu'au 3e jour ; le 4e jour, lendemain de la montée laiteuse, il commençait à reprendre du poids.

Observation V



OBSERVATION VI

Mme Bl., 25 ans, secondipare.
Dernières règles : du 15 au 24 mai 1912.
Début du travail le 23 février, à 22 heures.
L'enfant se présente en O. I. G. A.
Dilatation complète le 24 février, à 1 heure.
Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète.
Expulsion du fœtus le 24 février, à 1 h. 30.
Délivrance : 30 minutes après l'accouchement.
Durée totale du travail : 3 h. 30.
Poids de l'enfant : 3 kil. 020.
Poids du placenta : 0 kil. 620.
Température après la délivrance : 37,1.
Pouls après la délivrance : 80.
Accouchement normal.

MONTÉE LAITEUSE

Chez Mme Bl., qui n'avait jamais nourri auparavant, la sécrétion lactée s'est établie le 3e jour avec une faible intensité.

La température s'éleva légèrement à 37,3, de 37,1 qu'elle était la veille.

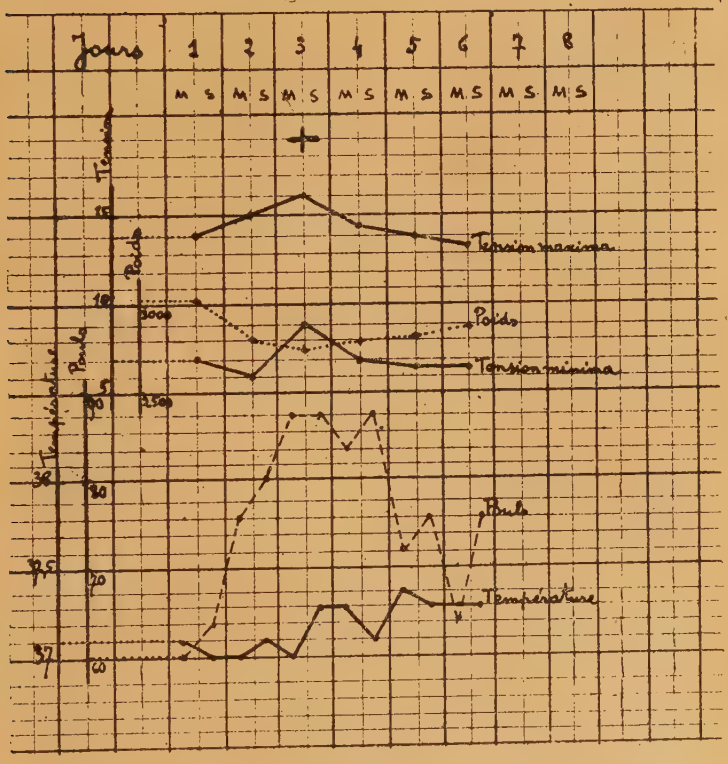
Le pouls, ralenti le premier jour, s'accéléra rapidement jusqu'à 80 le 2e jour, et 88 le jour de la montée et le lendemain, pour revenir ensuite à la normale.

La tension artérielle maxima et la tension minima passèrent respectivement de 15 à 16 et de 6 à 9, pour redescendre dès le lendemain de la montée, la première à 14,5 et la seconde à 7.

De 3 kil. 020 à la naissance, le poids avait diminué le

3e jour de 270 gr. Le 4e jour, lendemain de la montée du lait, il recommençait à augmenter.

Observation VI



OBSERVATION VII

Mme P..., 27 ans, primipare.

Dernières règles : du 25 au 28 juin 1912.

Début du travail le 9 mars 1913, à 23 heures.

L'enfant se présente en O. I. G. A.

Dilatation complète, le 10 mars, à 7 heures.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète.

Expulsion du fœtus à 7 h. 45.

Délivrance : 30 minutes après l'expulsion.

Durée totale du travail : 8 h. 45.

Poids de l'enfant : 2 kil. 750.

Poids du placenta : 0 kil. 450.

Température après la délivrance : 37,3.

Pouls après la délivrance : 88.

Accouchement normal, mais prématuré, dû probablement à un traumatisme sexuel.

MONTÉE LAITEUSE

La montée laiteuse eut lieu le 4e jour. Le lait afflua très abondamment, en provoquant les signes locaux habituels.

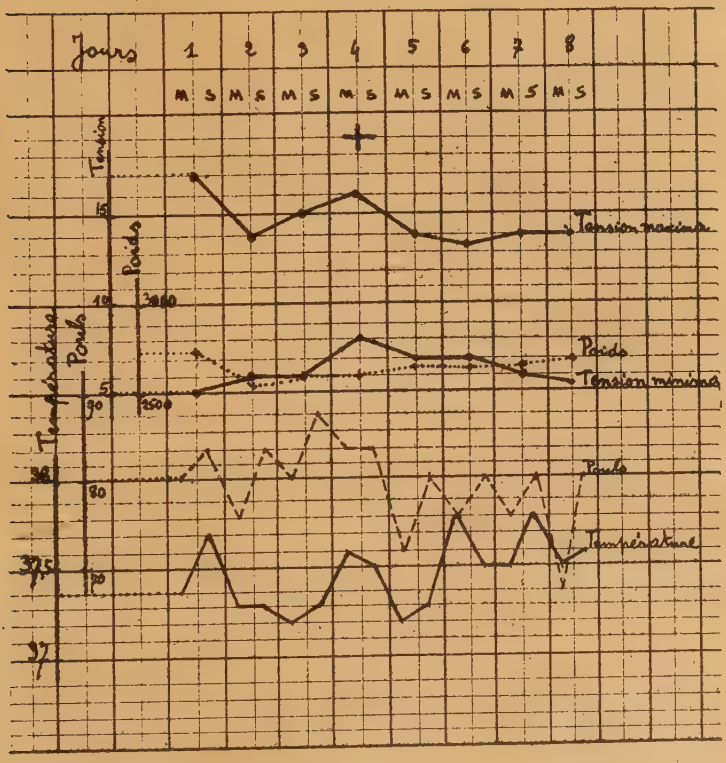
La température s'éleva légèrement le jour de la montée, passant de 37,3 à 37,5 pour revenir à 37,3, 24 heures plus tard.

Le pouls s'accéléra dès le premier jour après l'accouchement et marquait 84 pulsations à la minute au moment de la montée, contre 88 la veille et 80 le lendemain.

Les courbes de la tension maxima et minima marquent un maximum très net au moment de la montée, la première passant de 15 à 16, la seconde passant de 6 à 8.

Le poids de l'enfant, qui était à la naissance de 2 kil. 710, perdit 150 grammes le premier jour et commença à regagner dès le deuxième jour, bien que la montée ne se produisît que le 4e jour.

Observation VII



OBSERVATION VIII

Mme R..., 23 ans, primipare.
Dernières règles : du 22 au 24 mai 1912.
Début du travail le 5 mars 1913, à 15 heures.
L'enfant se présente en O. I. G. A.
Rupture spontanée précoce des membranes le 5 mars à 17 heures.
Dilatation complète à 21 heures 40.
Expulsion du fœtus à 22 heures.
Délivrance : 30 minutes après l'expulsion.
Durée totale du travail : 7 heures.
Poids de l'enfant : 3 kg. 100.
Poids du placenta : 0 kg. 570.
Température après la délivrance : 37°.
Pouls après la délivrance : 88.
Accouchement normal.

MONTÉE LAITEUSE

Mme R. a eu le 3e jour une montée laiteuse accentuée.

La température s'éleva ce jour-là à 37,9 contre 37,6 la veille et 37,4 le lendemain.

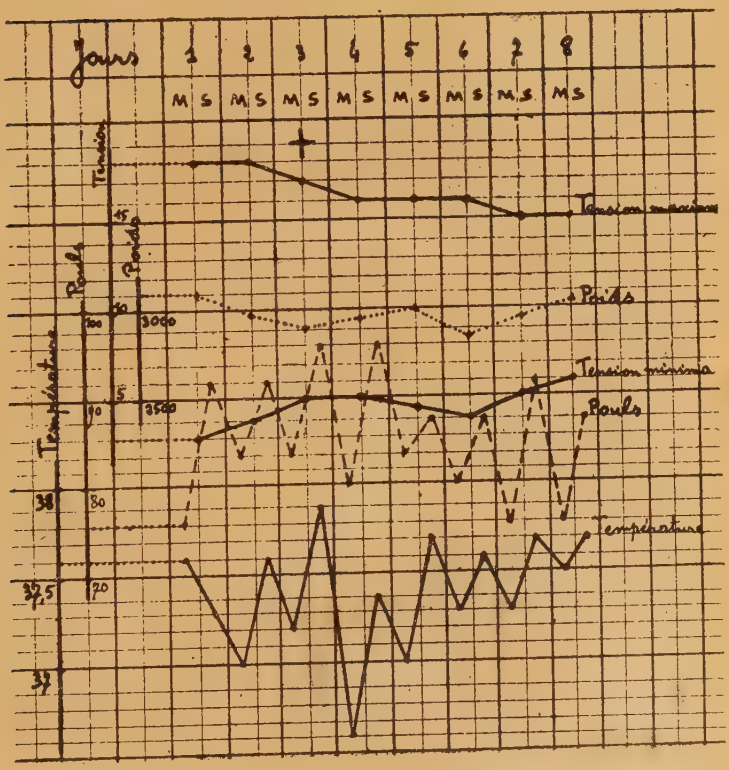
Le pouls est accéléré et passe de 92 à 96 ; il reste à ce chiffre le lendemain de la montée et revient ensuite à 88.

La courbe de la tension maxima présente une allure anormale : au lieu de s'élever au moment de la montée du lait pour redescendre ensuite, comme c'est le cas dans nos autres observations, elle ne cesse de descendre depuis l'accouchement jusqu'au 8e jour. Il faut noter que la tension maxima était particulièrement forte (18 cm. de Hg) au lendemain de l'accouchement.

La tension minima qui était de 4 le 2e jour, passe à 5 au moment de la montée, se maintient à ce niveau le lendemain, et redescend ensuite à 4 ½.

Jusqu'au jour de la montée, le poids de l'enfant, qui était à la naissance de 3 kg 100, diminua de 200 gr. A partir du 4e jour, lendemain de la montée, il commença à augmenter.

Observation VIII



OBSERVATION IX

Mme Bou., 23 ans, multipare (3e accouchement).
Dernières règles : du 7 au 10 juin 1912.
Début du travail le 12 mars 1913 à 22 heures.
L'enfant se présente en O. I. G. A.
Dilatation complète le 13 mars à 2 heures 10.
Rupture des membranes spontanée tempestive.
Expulsion du fœtus à 2 heures 30.
Délivrance : 30 minutes après l'expulsion.
Durée totale du travail : 4 heures 30.
Poids de l'enfant : 2 kg. 820.
Poids du placenta : 0 kg. 450.
Température après la délivrance : 37,5.
Pouls après la délivrance : 88.
Accouchement normal.

MONTÉE LAITEUSE

Chez Mme Bou., qui avait allaité son premier enfant, la montée du lait se produisit le 3e jour avec une intensité moyenne.

Ce jour, la température atteignit 37,3 contre 36,9 la veille. Les jours suivants elle ne dépassa pas 37,1.

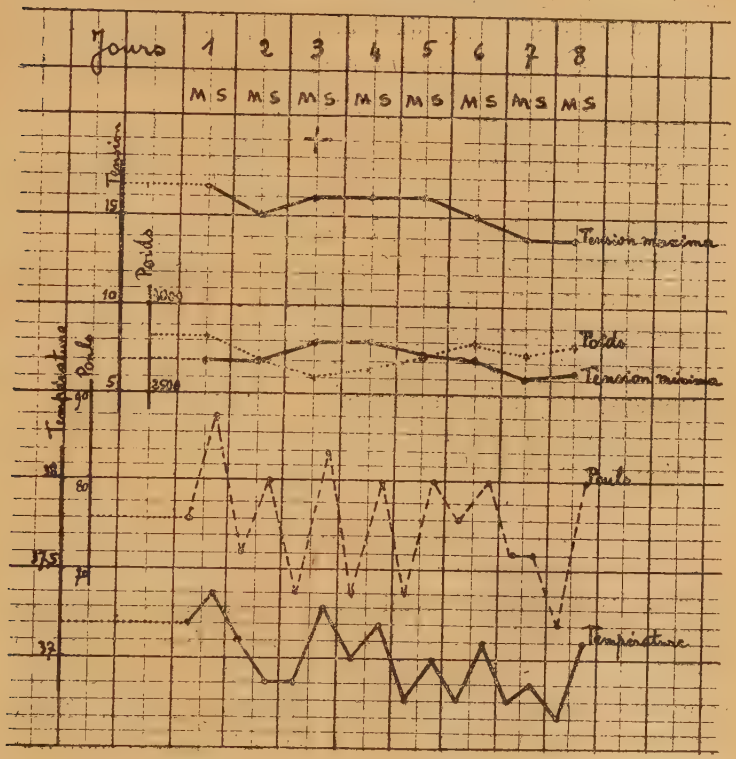
La courbe du pouls présente des variations semblables, accusant 84 pulsations au moment de la montée contre 80 le jour précédent et les jours suivants.

La tension maxima et la tension minima passèrent respectivement, du 2e au 3e jour, de 15 à 16 et de 7 à 8, pour rester stationnaires, la première le 4e et le 5e jours, la seconde le 4e, et pour redescendre ensuite.

Le poids de l'enfant, qui était de 2 kg. 820 à la naissance, diminua jusqu'au troisième jour de 200 grammes ; le quatrième jour, lendemain de la montée du lait,

on constatait une augmentation qui se poursuivit les jours suivants.

Observation IX



OBSERVATION X

Mme Go., 30 ans, multipare (5e accouchement).
Dernières règles : du 30 mai au 3 juin 1912.
Début du travail le 14 mars 1913 à 13 heures.
L'enfant se présente en O. I. D. P.
Dilatation complète le 14 mars à 19 heures.
Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète.
Expulsion du fœtus à 19 heures 15.
Délivrance : 30 minutes après l'accouchement.
Durée totale du travail : 6 heures 15.
Poids de l'enfant : 3 kg. 500.
Poids du placenta : 0 kg. 590.
Température après la délivrance : 36,8.
Pouls après la délivrance : 76.
Accouchement normal.

MONTÉE LAITEUSE

Chez Mme Go., qui avait allaité deux de ses quatre enfants précédents, la sécrétion lactée s'est établie le deuxième jour avec une faible intensité, et n'a été accompagnée d'aucune élévation de température. Nous constatons, en effet, 37° le soir de la montée laiteuse contre 37,1 le soir précédent.

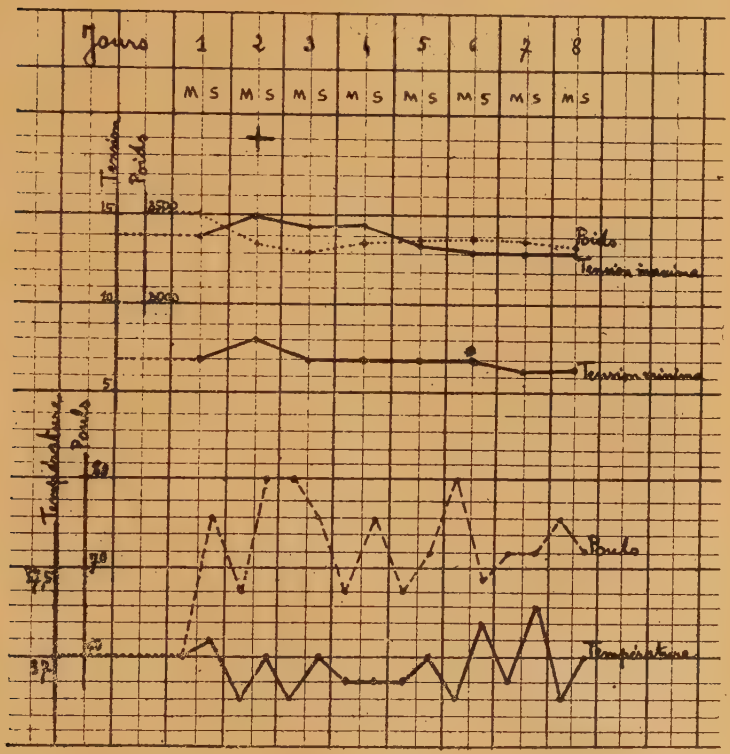
Le pouls n'a également présenté que peu de variations, et n'a pas dépassé 80.

Les variations de la tension maxima et minima correspondirent seules à la montée du lait, en passant respectivement de 14 à 15 et de 7 à 8 pour redescendre ensuite à un niveau plus faible.

Pendant les deux premiers jours, le poids de l'enfant

tomba de 3 kg. 500 à 3 kg. 300. Le 3e jour, lendemain de la montée laiteuse, il recommença à augmenter.

Observation X



OBSERVATION XI

Mme F..., 25 ans, primipare.

Dernières règles : du 12 au 15 août 1912.

Début du travail le 19 mai 1913, à 12 heures.

L'enfant se présente en O. I. D. P.

Rupture spontanée précoce des membranes à 20 heures 15.

Dilatation complète à 21 heures 40.

Expulsion du fœtus à 22 heures 20.

Délivrance : 30 minutes après l'accouchement.

Durée totale du travail : 10 heures 20.

Poids de l'enfant : 2 kg. 890.

Poids du placenta : 0 kg. 480.

Accouchement normal.

MONTÉE LAITEUSE

La montée du lait se produisit le 3e jour avec une faible intensité.

La température resta ce qu'elle était la veille : 37,2.

Le pouls était accéléré puisqu'il marquait 84 pulsations à la minute, mais il l'était moins que la veille et que le lendemain où il marquait respectivement 88 et 96 pulsations.

La tension artérielle n'a pas été observée.

Le poids de l'enfant diminua pendant 5 jours d'un total de 180 grammes ; ce n'est que 3 jours après la montée laiteuse qu'il commença à augmenter.

Observation XI

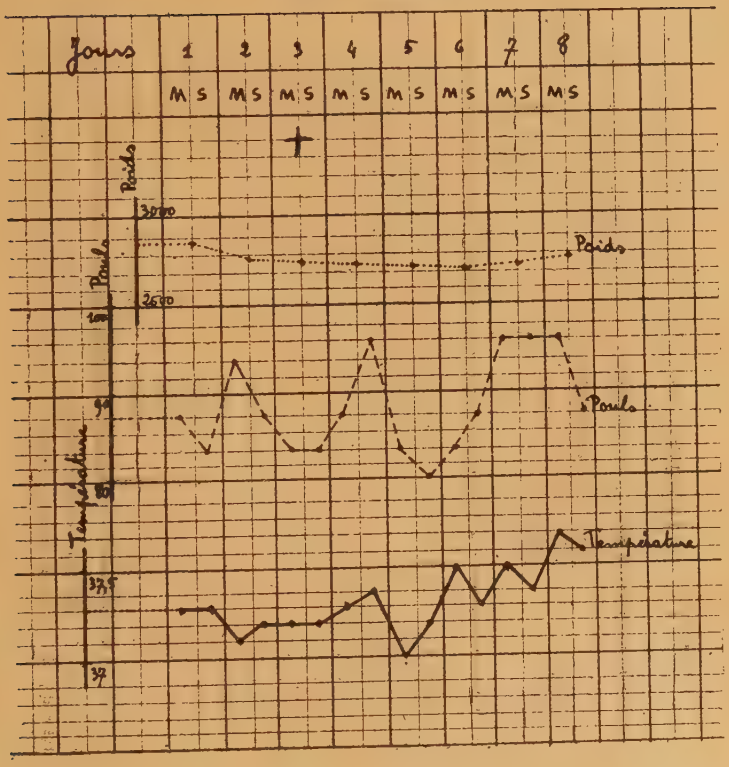


Tableau synoptique des Observations

SUJETS	PARITÉ	JOUR DE LA MONTÉE	INTENSITÉ de la MONTÉE	TEMPÉRATURE	POULS	TENSION ARTÉRIELLE Max.	TENSION ARTÉRIELLE Min.	POIDS DE L'ENFANT	PERTE DE POIDS	DÉBUT de l'augmentation
I. — Mme A.....	7	3e	Forte	37,6	88	16	8,5	3.050	380	4e j.
II. — Mme Gi.. . ..	1	4e	Faible	37,8	84	15	8	2.980	430	7e j.
III. — Mme H.....	1	4e	Forte	38,4	88	15,5	8,5	3.750	—	—
IV. — Mme Ba.....	4	3e	Très forte	38,2	80	16	7,5	3.150	50	4e j.
V. — Mme C.....	3	3e	Forte	38	88	16	8	3.200	200	4e j.
VI. — Mme Bl.....	2	3e	Faible	37,3	88	16	9	3.020	260	4e j.
VII. — Mme P.....	1	4e	Moyenne	37,5	80	16	8	2.750	150	3e j.
VIII. — Mme R.....	1	3e	Forte	37,9	96	17	5	3.100	200	4e j.
IX. — Mme Bou.....	3	3e	Moyenne	37,3	84	16	8	2.820	220	4e j.
X. — Mme Go.....	4	2e	Faible	37	80	15	8	3.500	200	4e j.
XI. — Mme F.....	1	3e	Faible	37,2	84	—	—	2.890	185	6e j.

Nota-Bene. — Les chiffres, de la température, du pouls et de la tension artérielle sont ceux du jour de la montée laiteuse. Le poids de l'enfant est celui de la naissance.

Conclusions

I. — Dans les suites de couches aseptiques, il se produit, au moment de la montée laiteuse, diverses réactions d'ordre général. Ces réactions, dont l'intensité varie, doivent être considérées comme d'origine purement physiologique. On observe qu'à ce moment :

1° la température peut s'élever de quelques dixièmes de degré par rapport au jour précédent ; plus la montée est intense, plus cette élévation paraît se manifester ; la température rectale peut même parfois dépasser 38° centigrade en dehors de tout phénomène morbide ;

2° le pouls est en général modérément accéléré ; le nombre des pulsations augmente par rapport au jour précédent ;

3° la tension artérielle maxima ou minima présente une élévation relative par rapport au jour qui précède la montée ; dans la majorité des cas, cette élévation relative prend fin dès le lendemain de la montée, mais il peut arriver qu'elle se prolonge un jour ou deux ; parfois enfin elle se manifeste dès la veille de la montée laiteuse.

II. — Il peut se produire au moment de la montée du lait une fièvre peu intense et passagère qui, par ses caractères généraux et en considérant la réaction locale leucocytaire, peut être assimilée aux fièvres aseptiques ou fièvres de résorption.

Les phénomènes fébriles *aseptiques*, qui se produisent au moment de la montée laiteuse doivent être soigneusement distingués des phénomènes fébriles *septiques*, qui peuvent coïncider avec la montée du lait, sans avoir avec celle-ci de relation de cause à effet, car ils la précèdent généralement et persistent après elle.

III. — Il existe un certain rapport entre la montée laiteuse et le moment où le poids de l'enfant commence à augmenter. En général, cette augmentation se manifeste le lendemain de la montée ; cependant elle peut se faire attendre un peu plus longtemps quand la montée est peu intense.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

LANDOUZY. A. PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

Bibliographie

Bar, Chambrelent, Brindeau. — Pratique des accouchements. 3e édition, 1914.

Blain. — Etat du pouls dans la puerpéralité. Thèse Paris, 1907-08, n° 163.

Bourier. — Considération sur la sécrétion lactée chez la femme. Thèse Paris, 1900-01, n° 486.

Pierre Budin. — Manuel pratique d'allaitement (2e édition) 1907.

Budin et Perret. — Etablissement tardif de la sécrétion lactée. *Société d'obstétrique de Paris*, 20 décembre 1900.

Cauvet. — Contribution à l'étude de la montée du lait. Thèse Paris, 1884, n° 120.

Chantemesse et Podwyssotsky. — Les processus généraux, 1905, tome II.

Cravin. — Etude clinique sur la montée du lait chez les nouvelles accouchées. Thèse Paris, 1883-84, n° 66.

Mme Dluski. — Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. Thèse Paris, 1893-94, n° 355.

Etchevers. — De la tension artérielle pendant la montée du lait. Thèse Toulouse, 1912-13, n° 37.

Lejars. — *In* Nouveau traité de pathologie générale, de Bouchard et Roger, 1912, tome I.

Louge. — Le pouls puerpéral physiologique. Thèse Paris, 1886-87, n° 133.

Mlle Lourié. — Contribution à l'étude des éléments figurés du colostrum et du lait. Thèse Paris, 1900-01, n° 190.

Marfan. — Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge (2e édition) 1903.

Nobécourt. — Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons, 1912.

Péraud. — Etude historique et clinique sur la fièvre de lait. Thèse Paris, 1887, n° 159.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Schif. — Recherches sur la glande mammaire. Thèse Nancy, 1911-1912.

Terrien. — Précis d'alimentation des jeunes enfants (3e édition).

Wallich. — Eléments d'obstétrique, 1910.

Wallich. — Articles *Allaitement* et *Suites de couches*, dans la Nouvelle pratique médico-chirurgicale 1911.

Wallich. — Les leucocytes dans le lait (*Annales de Gynécologie et d'obstétrique*, mai 1904).

Wallich. — Sur la nature des éléments cellulaires du colostrum et du lait chez la femme (*Annales de l'Institut Pasteur*, mai 1905).

Von Winckel. — Handbuch der Geburtshülfe. Tome II. livre Ier.

Amédée LEGRAND, Editeur, 36, rue Serpente, Paris